

Comunicação interventricular após infarto agudo do miocárdio: diagnóstico e manejo clínico- cirúrgico..

MARCOS MERULA DE ALMEIDA, NOEMI ROCIO ANDRADE
ALBAN e FILOMENA REGINA GALAS

Instituto do Coração (InCor) - Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, BRASIL - HOSPITAL GENERAL DOCENTE AMBATO- UTA, Ambato, XX, EQUADOR.

A doença arterial coronariana (DAC) em sua forma aguda representa importante causa de morbimortalidade. Entre suas complicações, temos eventos arritmicos e mecânicos- sendo enquadrada neste contexto a comunicação interventricular (CIV) pós infarto agudo do miocárdio (IAM). Relata- se um caso desta patologia, discutindo seu diagnóstico e manejo clínico cirúrgico.

MMS , 56 anos, feminino, com antecedente de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus insulino- dependente e dislipidemia. Evolui com dor torácica tipicamente anginosa, aguda, as 19 horas. Procura pronto socorro, sendo surpreendido o diagnóstico de IAM com supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior (Killip 3) e submetida a trombólise com alteplase às 22: 37 do mesmo dia. Evolui com melhora da dor, entretanto com manutenção eletrocardiográfica do supradesnivelamento do segmento ST. Encaminhada a angioplastia de resgate em hospital de referência (18: 40 do dia seguinte): oclusão de 100% em segmento médio de artéria descendente anterior, com colocação de stent farmacológico. Após 48 horas evolui com choque cardiogênico e surgimento de sopro holossistólico regurgitativo 5+/ 6+ em borda esternal esquerda baixa, com necessidade de suporte mecânico com balão intra aórtico e infusão de dobutamina 20 mcg/ kg/ minuto. Confirmado diagnóstico de CIV pós IAM em ecocardiograma. Submetida a reparo cirúrgico de tal complicação após 6 horas, com sucesso e desmame de dobutamina e BIA.

A CIV é complicação rara pós IAM. Na era pós trombólise, com tratamento mais precoce e efetivo através de cateterismo, sua incidência caiu de 2% para 0,2%. Em geral, a artéria culpada está 100% ocluída. Seu diagnóstico envolve a suspeita clínica, através da ausculta cardíaca e exame físico, acompanhado de acometimento hemodinâmico de início súbito. Exames de imagem- sendo o mais acessível a ecocardiografia- permitem sua confirmação. O padrão-ouro para correção da CIV é a cirurgia cardíaca, com mortalidade em torno de 46%. O tempo para sua realização depende do status clínico do paciente- em situação de choque hemodinâmico é sugerida abordagem precoce. Há autores que sugerem, quando paciente oligossintomático, aguardar por mais tempo até a abordagem cirúrgica, para melhor cicatrização tecidual (permitindo melhor manejo cirúrgico).